

ALBO n° 881
del 15-05-2019

Allegato A



Comune di Sant'Agata Li Battiati
Città Metropolitana di Catania
Servizi Sociali

**CONTRIBUTO ECONOMICO FINALIZZATO AL TRASPORTO DI SOGGETTI
PORTATORI DI HANDICAP - ANNO 2019**

SI RENDE NOTO

che al fine di favorire la frequenza scolastica e le attività riabilitative/rieducative nei soggetti portatori di handicap i cittadini residenti possono richiedere un contributo economico finalizzato al trasporto dei soggetti portatori di handicap.

Possono chiedere di accedere al contributo i soggetti portatori di handicap fisico e psico/sensoriale che non possono usufruire dei normali mezzi di trasporto e necessitano di prestazione riabilitativa o rieducativa se:

*Iscritti e frequentanti le Scuole Pubbliche di ogni ordine e grado (contributo frequenza scolastica).

*Frequentanti centri autorizzati terapeutici/riabilitativi (contributo frequenza terapia)

Il Comune di Sant'Agata Li Battiati riconoscerà il contributo sotto forma di contribuzione diretta nella misura prevista dal vigente regolamento approvato con delib. Consiglio comunale n.17/1992

TERMINI DI PRESENTAZIONE ISTANZA

Le istanze da formulare secondo schema scaricabile dal sito internet dell'Ente o ritirabile presso gli uffici di SERVIZIO SOCIALE e URP dovranno essere presentate:

* per la frequenza all'anno scolastico 2019/2020, entro e non oltre il 31 ottobre 2019.

* per la frequenza di centri terapeutici/riabilitativi entro e non oltre il 30 novembre 2019.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALL'ISTANZA

L'istanza, pena esclusione dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

-Certificazione attestante la situazione economica (I.S.E.E in corso di validità) del nucleo familiare;

-Certificazione rilasciata dalla competente struttura pubblica, attestante tipo e grado dell'handicap integrato dalla diagnosi funzionale pertinente il portatore di handicap in questione (L. 104/92);

-Dichiarazione di frequenza scolastica (Solo in caso di richiesta di contributo per accompagnamento a scuola, per l'anno scolastico 2019/2020);

-Certificato di impegnativa rilasciato dall'ente preposto all'attività riabilitativa/terapeutica attestante il numero delle prestazioni mensili e la natura delle stesse, da effettuarsi per l'anno 2019.

-Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

-Fotocopia del codice IBAN postale o bancario del soggetto richiedente.

Il contributo economico verrà commisurato al numero di giornate effettive di presenza (scolastica o per terapia) formalmente attestate; alle richieste si farà fronte **compatibilmente con la disponibilità delle risorse finanziarie** e in caso di insufficienza di dette risorse, si procederà alla formulazione di una graduatoria degli aventi diritto sulla base dell' I.S.E.E. presentato.

Sant'Agata Li Battiati li

15 MAG 2019

AL



Il Sindaco
Dott. Marco Nunzio Rubino

Allegato B

COMUNE DI SANT'AGATA LI BATTIATI
Città Metropolitana di Catania



Settore Servizi Sociali

Via Dante Maiorana, 11/A - Tel. 095 - 7256067 - Fax 095 - 7254496 - sito internet www.comune.sant-agata-li-battiati.ct.it

**Al Sig. Sindaco del Comune di
Sant'Agata Li Battiati**

Oggetto: Concessione contributo spese di trasporto per uso mezzo proprio per l'anno _____

_____ sottoscritt _____ C.F. _____

Nat _____ a _____ il _____ Residente in Sant'Agata Li Battiati- CT

Via _____ n° _____ Telefono _____, mail _____

N.Q. di Legale Rappresentante (Genitore, Tutore) di _____

Affetto da _____

(Facoltativo)

Chiede

La concessione di un contributo spese di trasporto per uso mezzo proprio a scopo di :

- Terapia **Per l'anno 2019**
- Frequenza scolastica **Per l'anno scolastico 2019/2020**
- **Allega:**
- Certificazione sanitaria rilasciata dall'A.S.P. o verbale della commissione sanitaria attestante l'invalidità descrittiva dell'impedimento;(**Legge 104/92**);
- Attestato di frequenza scolastica ;
- Attestato di terapia;
- Dichiarazione di responsabilità resa ai sensi dell'art.26 della L.468 N°15 (**Art.2 Legge 4.1.19** Come modificato dall'art.3 Comma 10 Legge 15.05.1997n° 127);
- Certificazione attestante la situazione economica, nuovo **I.S.E.E.** del nucleo familiare;
- Fotocopia documento di riconoscimento, in corso di validità;
- Fotocopia del Codice **IBAN** bancario o postale del soggetto richiedente;
- A tal fine dichiara che _____ suddetto _____ usufruisce delle prestazioni Presso la seguente struttura _____ con periodicità _____
(**Compilare solo se terapia**)

Sant'Agata Li Battiati _____

FIRMA
